

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Rapport public

Date d'émission du rapport : 18 novembre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1164-0007

Type d'inspection :
Incident critique

Titulaire de permis : Chartwell Master Care LP

Foyer de soins de longue durée et ville : Chartwell Ballycliffe Long Term Care Residence, Ajax

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 29 au 31 octobre 2025, ainsi que 3 au 7, 10, 12 au 14 et 17 et 18 novembre 2025

L'inspection concernait :

Un signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure

Un signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure

Un signalement en lien avec des allégations de mauvais traitements d'ordre physique de la part d'un membre du personnel à l'endroit d'une personne résidente

Un signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure

Un signalement en lien avec la chute d'une personne résidente ayant entraîné une blessure

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection :

Prévention et gestion relatives aux soins de la peau et des plaies

Gestion des médicaments

Entretien ménager, services de buanderie et d'entretien

Prévention des mauvais traitements et de la négligence

Gestion de la douleur

Prévention et gestion des chutes

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (4) a) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) – Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent.

Une personne résidente a fait une chute, laquelle a entraîné une blessure. Toutefois, les membres du personnel ont omis de collaborer en partageant leurs évaluations de la zone blessée et en assurant un suivi afin d'obtenir les résultats des tests après la blessure.

Sources : Rapport d'incident critique (IC); dossiers cliniques d'une personne résidente; programme de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Care Program) du foyer; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (4) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) – Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

1. À deux reprises, la personne résidente est revenue au foyer après avoir reçu des soins pour une blessure à l'hôpital. Toutefois, aucun document ne permettait de conclure que les membres du personnel autorisé avaient bel et bien collaboré avec l'équipe interdisciplinaire en vue d'élaborer et de mettre en œuvre un programme de soins.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

2. Une personne résidente est revenue au foyer après avoir été hospitalisée, et ce, sans résumé sur sa mise en congé ou directives de suivi, alors qu'elle avait fait l'objet d'une évaluation et d'un traitement pour une blessure. En outre, rien ne permettait d'établir que les membres du personnel avaient bel et bien tenté d'obtenir un résumé sur sa mise en congé ou des directives de suivi.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) c) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces.

Selon les dossiers cliniques de la personne résidente, des soins auraient été refusés à plusieurs reprises. L'infirmière auxiliaire autorisée ou l'infirmier auxiliaire autorisé (IAA) a indiqué que la personne résidente avait des préférences en matière de soins.

Toutefois, on a omis de réviser le programme de soins de la personne résidente en y ajoutant des mesures d'intervention supplémentaires afin de répondre à ses besoins en matière de soins, tels qu'elle les a décrits.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec des membres du

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

personnel.

AVIS ÉCRIT : Services d'hébergement

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 19 (2) c) de la LRSLD (2021)

Services d'hébergement

Paragraphe 19 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

c) le foyer, l'ameublement et le matériel sont entretenus de sorte qu'ils soient sûrs et en bon état.

Le programme de soins de la personne résidente prévoyait l'utilisation d'un dispositif de sécurité dans le cadre de ses mesures d'intervention. Toutefois, lors de démarches d'observation du dispositif de sécurité de la personne résidente, on a constaté que celui-ci ne fonctionnait pas lorsqu'il devait alerter les membres du personnel que la personne résidente avait besoin d'aide. L'IAA a confirmé que le dispositif de sécurité ne fonctionnait pas lors des démarches d'observation.

Sources : Démarche d'observation; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 25 (1) de la LRSLD (2021)

Politique visant à promouvoir la tolérance zéro

Paragraphe 25 (1) – Sans préjudice de la portée générale de l'obligation prévue à l'article 24, le titulaire de permis veille à ce que soit adoptée et respectée une politique écrite visant à promouvoir la tolérance zéro en matière de mauvais traitements et de négligence envers les résidents.

On a omis de respecter la politique à propos des allégations de mauvais traitements et du suivi à cet égard (Abuse Allegation and Follow-up). En effet, on a omis d'effectuer

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

une évaluation de la tête aux pieds auprès d'une personne résidente après que l'on eut été informé d'allégations de mauvais traitements. En outre, après la fin de l'enquête correspondante, aucun document ne permettait de conclure que l'on avait bel et bien passé en revue les résultats de l'enquête avec la personne résidente et sa mandataire spéciale ou son mandataire spécial.

Sources : Politique à propos des allégations de mauvais traitements et du suivi à cet égard (Abuse Allegation and Follow-up); notes d'enquête; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Système de communication bilatérale

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 20 a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Système de communication bilatérale

Article 20 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer soit doté d'un système de communication bilatérale entre les résidents et le personnel qui réunit les conditions suivantes :

a) il est aisément visible, accessible et utilisable par les résidents, le personnel et les visiteurs en tout temps.

Lors de démarches d'observation, on a constaté que la sonnette d'appel d'une personne résidente n'était pas aisément visible et accessible. L'IAA a confirmé que la sonnette d'appel de la personne résidente n'était pas à la portée de cette dernière.

Sources : Démarches d'observation; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Bain

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 37 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Bain

Paragraphe 37 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix ou plus souvent compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène, sauf si la chose est contre-indiquée en raison d'un état pathologique.

Une personne résidente avait besoin de soins d'hygiène personnelle et d'un changement de draps. En outre, elle a fait part de ses préférences pour le bain. Toutefois, une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a confirmé que l'on avait omis de respecter les préférences de la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; notes d'enquête; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Selon le programme de soins d'une personne résidente, on devait utiliser un appareil pour procéder au transfert de cette dernière. Toutefois, lors de démarches d'observation, on a vu que la PSSP procédait au transfert de la personne résidente sans utiliser l'appareil en question. L'IAA a confirmé que l'on avait omis d'utiliser l'appareil pour transférer la personne résidente hors de son lit.

Sources : Démarche d'observation; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Effets personnels et aides personnelles

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Non-respect du : paragraphe 41 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Effets personnels et aides personnelles

Paragraphe 41 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que chaque résident reçoive, au besoin, l'aide voulue pour utiliser des aides personnelles.

Selon le programme de soins écrit d'une personne résidente, cette dernière avait besoin d'un appareil d'aide personnelle et de l'aide des membres du personnel pour y accéder. Toutefois, lors de trois jours donnés, on a constaté que la personne résidente n'avait pas l'appareil d'aide personnelle.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; démarches d'observation; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

On a omis de respecter le programme de prévention et de gestion des chutes (Falls Prevention and Management Program). En effet, la personne responsable de la prévention des chutes a confirmé que la personne résidente avait fait plusieurs chutes, mais que le comité responsable de la prévention des chutes avait omis de se réunir le mois suivant afin d'effectuer une analyse, de cerner les tendances et, au besoin, d'élaborer un plan d'action pour améliorer les mesures de gestion des chutes concernant la personne résidente. La personne responsable de la prévention des chutes a également confirmé que, sur la base de l'analyse postérieure à la chute, on avait omis de modifier le programme de soins de la personne résidente en y intégrant des mesures d'intervention visant à prévenir les chutes répétées.

Sources : Programme de prévention des chutes chez les personnes résidentes

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

(Resident Fall Prevention Program); dossiers cliniques de la personne résidente;
entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 011 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 53 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (2) – En plus de devoir satisfaire aux exigences énoncées à l'article 34, chaque programme doit :

a) prévoir des protocoles de dépistage.

On a omis d'évaluer l'état d'une personne résidente lorsqu'un incident s'est produit et avant son transfert à l'hôpital. En outre, à son retour de l'hôpital le lendemain, la personne résidente devait faire l'objet d'évaluations de suivi, conformément à l'outil des feuilles de soins et au programme de prévention des chutes chez les personnes résidentes (Resident Fall Prevention Program) du foyer. Toutefois, on a omis d'effectuer ces évaluations. Selon le précédent programme, on devait effectuer une évaluation au moment où l'incident s'est produit, puis faire un suivi continu pendant une certaine période après celui-ci.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente; programme de prévention des chutes chez les personnes résidentes (Resident Fall Prevention Program) du foyer; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 012 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 53 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (2) – En plus de devoir satisfaire aux exigences énoncées à l'article 34, chaque programme doit :

b) prévoir des outils d'évaluation et de réévaluation. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 53 (2).

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Une personne résidente a été transférée à l'hôpital pour l'évaluation et le traitement d'une blessure. Toutefois, à son retour de l'hôpital, on a omis de réévaluer son état au moyen d'un outil précis, ce qu'exige pourtant le programme de prévention des chutes chez les personnes résidentes (Resident Fall Prevention Program) du foyer lorsqu'une personne résidente subit une blessure ou fait des chutes multiples. Une personne résidente a fait plusieurs chutes au cours d'un mois donné. En outre, selon ce programme, on doit réévaluer le niveau de risque de chute de toute personne résidente après que celle-ci eut fait une chute ayant entraîné une blessure grave ou encore plusieurs chutes.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente; programme de prévention des chutes chez les personnes résidentes (Resident Fall Prevention Program) du foyer; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 013 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) a) (ii) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) le résident dont l'intégrité épidermique risque d'être altérée se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1) :

(ii) dès son retour de l'hôpital, le cas échéant.

Lorsqu'elle est revenue de l'hôpital, une personne résidente présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique. Toutefois, on a omis d'évaluer sa peau et ses plaies au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques d'une personne résidente; politique en matière de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound) du foyer; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Problème de conformité n° 014 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 57 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les résidents, lorsque leur douleur n'est pas soulagée au moyen des interventions initiales, soient évalués au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément à cette fin.

Une personne résidente a fait une chute et a subi une blessure. Le traitement initial de celle-ci a d'abord reposé sur la prise d'analgésiques PRN (pro re nata, soit « au besoin ») pendant trois jours. Toutefois, par la suite, on a omis de bien faire le suivi de la douleur. En effet, ce n'est que plusieurs jours plus tard que l'on a effectué une évaluation complète de la douleur afin d'orienter la prise de mesures appropriées en vue de gérer celle-ci.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente; programme de gestion de la douleur (Pain Management Program) du foyer; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Services de buanderie

Problème de conformité n° 015 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 95 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services de buanderie

Paragraphe 95 (1) – Dans le cadre du programme structuré de services de buanderie prévu à l'alinéa 19 (1) b) de la Loi, le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) un approvisionnement suffisant en linge de maison, en débarbouillettes et en serviettes de bain propres est toujours accessible au foyer aux fins d'utilisation par les résidents.

Les membres du personnel chargé de fournir des soins au foyer n'ont pas toujours accès à un approvisionnement suffisant en serviettes et en débarbouillettes pour fournir des soins aux personnes résidentes.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Sources : Démarches d'observation dans la lingerie d'un secteur du foyer; entretiens avec des membres du personnel; examen du protocole de la buanderie (Laundry Protocol) du foyer.

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Problème de conformité n° 016 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 115 (3) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (3) – Le titulaire de permis veille, d'une part, à aviser le directeur lorsque se produisent au foyer les incidents suivants et ce, au plus tard un jour ouvrable après l'incident, et, d'autre part à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

4. Sous réserve du paragraphe (4), un incident cause à un résident une lésion nécessitant son transport à l'hôpital et provoque un changement important dans son état de santé.

Une personne résidente est revenue de l'hôpital avec une blessure. Toutefois, aucun rapport d'IC n'a été soumis à la directrice ou au directeur après le retour de cette personne résidente de l'hôpital ni après que l'on eut constaté un changement dans son état de santé.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Administration des médicaments

Problème de conformité n° 017 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 140 (2) du Règl. de l'Ont. 246/22

Administration des médicaments

Paragraphe 140 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par le prescripteur. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 140 (2).

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Des membres du personnel ont confirmé que l'on avait prescrit un analgésique à la personne résidente pour gérer sa douleur; toutefois, les membres du personnel autorisé ont omis d'administrer trois doses de l'analgésique en question, puisque ce dernier n'était pas disponible.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

ORDRE DE CONFORMITÉ (OC) n° 001 – Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 018 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : la disposition 53 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, article 10.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD] :

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1. La directrice ou le directeur des soins infirmiers (DSI) ou sa représentante ou son représentant doit passer en revue la politique de gestion de la douleur (Pain Management) du foyer avec tous les membres du personnel autorisé d'un secteur du foyer et aborder notamment le moment où l'on doit effectuer une évaluation de la douleur et l'endroit où l'on doit consigner les renseignements à ce sujet.

2. La ou le DSI ou sa représentante ou son représentant doit offrir une formation interactive basée sur des scénarios aux membres du personnel autorisé d'un secteur du foyer. La formation doit porter sur l'évaluation et la gestion de la douleur d'une personne résidente après que celle-ci eut fait une chute à une date donnée.

3. La ou le DSI ou sa représentante ou son représentant doit offrir une formation sur la

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

gestion de la douleur d'une personne résidente aux membres du personnel autorisé qui travaillent dans un secteur différent du foyer. La formation doit notamment aborder le moment où les membres du personnel autorisé doivent effectuer des évaluations complètes de la douleur auprès de la personne résidente et les types d'évaluations de la douleur qu'ils doivent utiliser pour gérer la douleur de la personne.

4. La ou le DSI ou sa représentante ou son représentant doit offrir une formation à une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé (IA) en ce qui concerne la réalisation d'une évaluation complète de la douleur auprès d'une personne résidente qui signale une nouvelle douleur.

5. Consigner dans un dossier les renseignements sur la formation suivie par les membres du personnel, notamment le nom des personnes qui ont reçu la formation, la date à laquelle cette dernière a eu lieu et le nom de la ou des personnes qui l'ont animée.

Motifs

1. On a omis de respecter le programme de gestion de la douleur (Pain Management Program) pour gérer la douleur d'une personne résidente. En effet, une personne résidente a fait une chute, laquelle a entraîné une blessure. Toutefois, ce n'est que nombre de jours plus tard, après que l'on eut reçu les résultats d'un test, que l'on a effectué une évaluation complète de la douleur auprès de cette personne résidente afin de gérer la douleur liée aux blessures qu'elle a subies lors de sa chute et de faire un suivi continu de la douleur. Puisque l'on a omis d'évaluer comme il se devait la douleur que ressentait la personne résidente, cette dernière n'a pas bénéficié des mesures appropriées de gestion de la douleur.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente; programme de gestion de la douleur (Pain Management Program) du foyer; entretien avec des membres du personnel.

2. On a omis de respecter le programme de gestion de la douleur (Pain Management Program) pour gérer la douleur d'une personne résidente. En effet, lorsqu'une personne résidente a signalé une nouvelle douleur, on a omis d'effectuer une évaluation complète de la douleur auprès de celle-ci. La ou le DSI a confirmé qu'au moment où la personne résidente a signalé cette douleur, les membres du personnel autorisé auraient dû

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

procéder à l'évaluation complète en question. L'omission d'effectuer une évaluation complète de la douleur auprès de la personne résidente, après que celle-ci eut signalé une nouvelle douleur, a augmenté le risque que l'on omette de gérer sa douleur.

Sources : Programme de gestion de la douleur (Pain Management Program); correspondance par courriel; entretien avec des membres du personnel.

3. On a omis de respecter le programme de gestion de la douleur (Pain Management Program). En effet, un membre du personnel autorisé a indiqué que la cote de douleur de la personne résidente était élevée. Toutefois, aucun document ne permettait d'établir que le membre du personnel autorisé avait bel et bien réévalué l'efficacité de la mesure d'intervention correspondante. En outre, aucun document soumis par le membre du personnel autorisé ne permettait d'établir que celui-ci avait évalué la douleur de la personne résidente ni effectué un suivi à ce sujet, alors que la PSSP avait indiqué à plusieurs reprises que la personne résidente ressentait de la douleur. Selon les documents concernant les évaluations complètes de la douleur effectuées auprès de la personne résidente, ces évaluations étaient, en fait, incomplètes. Un membre du personnel a confirmé que l'on avait omis de réévaluer la douleur de la personne résidente, que les évaluations de la douleur qui auraient dû être complètes étaient, en fait, incomplètes, et qu'à plusieurs reprises, les membres du personnel autorisé avaient omis d'effectuer une évaluation de la douleur, alors que la PSSP avait indiqué que la personne résidente ressentait de la douleur. L'omission des membres du personnel autorisé d'évaluer et de réévaluer la douleur de la personne résidente concernée a augmenté le risque de nuire à son bien-être émotionnel et physique ainsi qu'à sa qualité de vie.

Sources : Programme de gestion de la douleur (Pain Management Program); dossiers cliniques de la personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :

30 janvier 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 002 – Programme de soins

Problème de conformité n° 019 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 6 (1) c) de la LRSLD (2021)

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

Programme de soins

Paragraphe 6 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

c) des directives claires à l'égard du personnel et des autres personnes qui fournissent des soins directs au résident.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD] :

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1. La coordonnatrice ou le coordinateur de l'instrument d'évaluation des pensionnaires (évaluation RAI), ou sa représentante ou son représentant, ainsi que des membres du personnel autorisé doivent réviser les programmes de soins écrits de deux personnes résidentes afin de veiller à ce qu'ils fournissent des directives claires à l'égard des membres du personnel chargé de fournir des soins.
2. Consigner dans un dossier les renseignements sur les programmes de soins révisés des personnes résidentes, notamment les noms des membres du personnel qui ont participé à la révision et la date de celle-ci.

Motifs

1. Un membre du personnel a confirmé que, selon le programme de soins d'une personne résidente, on devait utiliser un appareil pour procéder au transfert de cette dernière. Le membre du personnel a également confirmé que ce programme ne fournissait pas de directives claires concernant le transfert de la personne résidente aux toilettes, l'utilisation des toilettes ainsi que les appareils adaptés d'aide à la mobilité et à la marche. Puisque le programme de soins ne fournissait pas de directives claires à l'égard des membres du personnel, cela a augmenté le risque de blessure pour la personne résidente.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; entretien avec des membres du personnel.

2. Le programme de soins écrit de la personne résidente ne fournissait pas de directives cohérentes à l'égard des membres du personnel, notamment en ce qui

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

concerne l'état ambulatorio de la personne résidente et sa capacité à demander de l'aide. Deux appareils d'aide adaptés se trouvaient dans la chambre à coucher de la personne résidente. Cela augmentait le risque de blessure pour la personne, puisque les membres du personnel ne savaient pas quel appareil d'aide à la mobilité celle-ci devait utiliser. Le programme de soins indiquait également que la personne résidente devait utiliser la sonnette d'appel pour demander de l'aide. Toutefois, elle n'était pas en mesure d'utiliser la sonnette d'appel et se déplaçait seule. Par conséquent, cela a brouillé les directives données aux membres du personnel et a augmenté le risque de blessure.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :
30 janvier 2026.

ORDRE DE CONFORMITÉ n° 003 – Soins de la peau et des plaies

Problème de conformité n° 020 – Ordre de conformité en vertu de la disposition 154 (1) 2 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) b) (i) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies, à la fois :

(i) se fait évaluer la peau par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique conçu expressément pour l'évaluation de la peau et des plaies.

L'inspectrice/l'inspecteur ordonne au titulaire de permis de faire ce qui suit : Se conformer à un ordre de conformité [alinéa 155 (1) a) de la LRSLD] :

Le titulaire de permis doit voir à ce qui suit :

1. La ou le DSI ou sa représentante ou son représentant doit offrir une formation à deux IA sur l'utilisation d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique lorsqu'une

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

personne résidente présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique.

2. La ou le DSI ou sa représentante ou son représentant doit réviser le programme de prévention des chutes chez les personnes résidentes (Resident Fall Prevention Program) et le programme de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Program) du foyer avec tous les membres du personnel autorisé de l'un des secteurs du foyer. Cette formation interactive basée sur des scénarios doit être offerte à tous les membres du personnel autorisé. Celle-ci doit porter sur la chute d'une personne résidente à une date donnée et mettre l'accent sur l'obligation d'évaluer la peau et les plaies d'une personne résidente après que cette dernière eut subi une blessure et lorsqu'elle souffre d'une douleur persistante.

3. La ou le DSI ou sa représentante ou son représentant doit passer en revue le programme de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Program) du foyer avec toutes les PSSP de l'un des secteurs du foyer, en mettant l'accent sur l'importance des évaluations continues de la peau effectuées par les PSSP et les exigences à cet égard. Cette formation interactive basée sur des scénarios doit être offerte à toutes les PSSP et doit porter sur la chute d'une personne résidente à une date donnée et sur l'importance des évaluations continues de la peau après qu'une personne résidente eut fait une chute.

4. Consigner dans un dossier les renseignements sur chaque formation offerte, notamment la date à laquelle elle a eu lieu, le nom de la ou des personnes qui l'a animée, de même que les signatures des membres du personnel qui y ont participé.

Motifs

1. Une personne résidente a fait une chute. Par la suite, elle a présenté des changements en ce qui concerne ses signes d'altération de l'intégrité épidermique et s'est plainte de douleurs persistantes. Toutefois, ce n'est que nombre de jours après que la personne résidente eut subi la blessure que des membres du personnel autorisé ont évalué sa peau et ses plaies. L'omission d'évaluer la peau et les plaies de la personne résidente a entraîné un risque pour celle-ci que l'on ne gère pas sa douleur comme il se devait, puisque les membres du personnel n'étaient pas conscients de l'ampleur de la douleur qu'elle ressentait en raison de sa blessure.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente; programme de

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Care Program) du foyer; entretien avec des membres du personnel.

2. À deux reprises, les dossiers cliniques de la personne résidente indiquaient qu'un membre du personnel autorisé avait consigné le fait que la personne présentait des signes d'altération de l'intégrité épidermique. Ce membre du personnel a confirmé que lorsqu'un membre du personnel autorisé constatait un signe d'altération de l'intégrité épidermique, celui-ci devait procéder à une évaluation de la peau et des plaies auprès de la personne concernée au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique. Toutefois, le membre du personnel a confirmé que les membres du personnel avaient omis d'utiliser un tel outil, et ce, dans les deux cas en question. L'omission des membres du personnel autorisé d'évaluer les signes d'altération de l'intégrité épidermique de la personne résidente au moyen d'un outil d'évaluation approprié sur le plan clinique a augmenté le risque que la personne ne reçoive pas le traitement approprié.

Sources : Programme de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Program); dossiers cliniques des personnes résidentes; entretien avec des membres du personnel.

3. Une personne résidente a fait une chute, laquelle a entraîné une blessure. Toutefois, on a omis d'effectuer une évaluation de la peau et des plaies immédiatement après que la personne résidente eut subi la blessure.

Sources : Rapport d'IC; dossiers cliniques de la personne résidente; programme de soins de la peau et des plaies (Skin and Wound Care Program) du foyer; entretien avec des membres du personnel.

Le titulaire de permis doit se conformer à cet ordre au plus tard le :

30 janvier 2026.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION/L'APPEL

PRENDRE ACTE

Le titulaire de permis a le droit de demander une révision par le directeur du ou des présents ordres et/ou du présent avis de pénalité administrative (APA) conformément à l'article 169 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* (la Loi).

Le titulaire de permis peut demander au directeur de suspendre le ou les présents ordres en attendant la révision. Si un titulaire de licence demande la révision d'un APA, l'obligation de payer est suspendue jusqu'à la décision de la révision.

Remarque : En vertu de la Loi, les frais de réinspection ne peuvent faire l'objet d'une révision par le directeur ou d'un appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS). La demande de révision par le directeur doit être présentée par écrit et signifiée au directeur dans les 28 jours suivant la date de signification de l'ordre ou de l'APA au titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit comprendre :

- a) les parties de l'ordre ou de l'APA pour lesquelles la révision est demandée;
- b) toute observation que le titulaire de permis souhaite que le directeur prenne en considération;
- c) une adresse de signification pour le titulaire de permis.

La demande écrite de révision doit être signifiée en mains propres, par courrier recommandé, par courriel ou par service de messagerie commerciale à la personne indiquée ci-dessous.

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée du

ministère des Soins de longue durée

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Si la signification se fait :

- a) par courrier recommandé, elle est réputée être effectuée le cinquième jour après le

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

jour de l'envoi;

b) par courriel, elle est réputée être effectuée le jour suivant, si le document a été signifié après 16 h;

c) par service de messagerie commerciale, elle est réputée être effectuée le deuxième jour ouvrable après la réception du document par le service de messagerie commerciale.

Si une copie de la décision du directeur n'est pas signifiée au titulaire de permis dans les 28 jours suivant la réception de la demande de révision du titulaire de permis, le ou les présents ordres et/ou le présent APA sont réputés confirmés par le directeur et, aux fins d'un appel devant la CARSS, le directeur est réputé avoir signifié au titulaire de permis une copie de ladite décision à l'expiration de la période de 28 jours.

En vertu de l'article 170 de la Loi, le titulaire de permis a le droit d'interjeter appel de l'une ou l'autre des décisions suivantes auprès de la CARSS :

a) un ordre donné par le directeur en vertu des articles 155 à 159 de la Loi;

b) un APA délivré par le directeur en vertu de l'article 158 de la Loi;

c) la décision de révision du directeur, rendue en vertu de l'article 169 de la Loi, concernant l'ordre de conformité (art. 155) ou l'APA (art. 158) d'un inspecteur.

La CARSS est un tribunal indépendant qui n'a aucun lien avec le Ministère. Elle est établie par la législation pour examiner les questions relatives aux services de soins de santé. Si le titulaire de permis décide d'interjeter appel, il doit remettre un avis d'appel écrit dans les 28 jours suivant la date à laquelle il a reçu une copie de l'ordre, de l'APA ou de la décision du directeur qui fait l'objet de l'appel. L'avis d'appel doit être remis à la fois à la CARSS et au directeur.

Commission d'appel et de révision des services de santé

À l'attention du registrateur

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage,

Toronto (Ontario) M5S 1S4

Directeur

a/s du coordonnateur des appels

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Est

33, rue King Ouest, 4^e étage

Oshawa ON L1H 1A1

Téléphone : 844-231-5702

438, avenue University, 8^e étage

Toronto (Ontario) M7A 1N3

Courriel : MLTC.AppealsCoordinator@ontario.ca

Dès réception, la CARSS accusera réception de votre avis d'appel et vous fournira des instructions concernant la procédure d'appel et d'audience. Le titulaire de permis peut en savoir plus sur la CARSS en consultant le site Web www.hsarb.on.ca.